FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

NÉE 1926

THÈSE

N°.....

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

Diplôme d'Etat)

PAR

Louis PAPILLAUD

Externe des Hôpitaux de Paris

Né le 25 Octobre 1889, à Paris

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DU

KYSTE HYDATIQUE DE LA RATE

Président de Thèse : M. le Professeur GILBERT.

MARCEL VIGNÉ, ÉDITEUR
13, RUE DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE
PARIS

—

1926

Le Doyen ..... M. ROGER

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	NICOLAS.
Anatomie médico-chirurgicale	CUNÉO.
Physiologie	ROGER.
Physique médicale	STROHL.
Chimie organique et chimie générale	DESGREZ.
Bactériologie	LEMIERRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	Marcel LABBÉ.
Pathologie médicale	SICARD.
Pathologie chirurgicale	LECÈNE.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	PRENANT.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	CARNOT.
Hygiène	Léon BERNARD.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	MÉNÉTRIER.
Pathologie expérimentale et comparée	RATHERY.
Clinique médicale	GILBERT. BEZANÇON. ACHARD. WIDAL.
Hygiène et clinique de la première enfance	MARFAN.
Clinique des maladies des enfants	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	JEANSELME.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	TEISSIER.
Clinique chirurgicale	DELBET. HARTMANN. LEJARS. GOSSET.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	LEGUEU.
Clinique d'accouchements	BRINDEAU. COUVELAIRE. JEANNIN.
Clinique gynécologie	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBRÉDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	VAQUEZ.
Clinique oto-rhino-laryngologique	SEBILEAU.
Clinique thérapeutique chirurgicale	DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGENT.
Professeur sans chaire	ROUVIÈRE.

II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

	MM.
Pathologie médicale	ABRAMI.
Pathologie chirurgicale	ALGLAVE.
Pathologie médicale	AUBERTIN.
Pathologie chirurgicale	BASSET.
Pathologie médicale	BAUDOUIN.
Physiologie	BINET.
Chimie biologique	BLANCHETIÈRE.
Histologie	BRANCA.
Pathologie médicale	BRULÉ.
Pathologie chirurgicale	CADENAT.
Histologie	CHAMPY.
Pathologie médicale	CHIRAY.
Pathologie médicale	CLERC.
Hygiène	DEBRÉ.
Anatomie pathologique	I. de JONG.
Médecine légale	DUVOIR.
Obstétrique	ÉCALLE.
Pathologie médicale	FIESSINGER.
Pathologie médicale	FOIX.
Pathologie expérimentale	GARNIER.
Pathologie médicale	HARVIER.
Urologie	HEITZ-BOYER.
Anatomie	HOVELACQUE.
Parasitologie	JOYEUX.
Chimie biologique	LABBÉ (Henri).
Pathologie chirurgicale	LARDENNOIS.
Obstétrique	LE LORIER.
Oto-rhino-laryngologie	LEMAITRE.
Obstétrique	LÉVY-SOLAL.
Pathologie mentale	LHERMITTE.
Pathologie médicale	LIAN.
Pathologie chirurgicale	MATHIEU.
Obstétrique	METZGER.
Pathologie chirurgicale	MOCQUOT.
Pathologie chirurgicale	MONDOR.
Pathologie chirurgicale	MOURE.
Histologie	MULON.
Bactériologie	PHILIBERT.
Pathologie médicale	RIBIERRE.
Physiologie	RICHET Fils.
Pathologie médicale	TANON.
Obstétrique	VAUDESCAL.
Histologie	VERNE.
Pathologie médicale	VILLARET.
Ophtalmologie	VELTER.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

POUR LE SERVICE DES EXAMENS

	MM.
Pathologie médicale	GOUGEROT.
Obstétrique	GUENIOT.
Histologie	RETTERER.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE

A TITRE PERMANENT

	MM.
Clinique chirurgicale	AUVRAY.
Clinique chirurgicale	CHEVASSU.
Clinique médicale	LAIGNEL LAVASTINE
Clinique médicale infantile	LEREBOULLET.
Clinique médicale	LÉRI.
Clinique médicale	LŒPER.
Clinique chirurgicale	PROUST.
Clinique chirurgicale	SCHWARTZ.

V. — CHARGÉS DE COURS

	MM.
Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes adultes	MAUCLAIRE, agrégé.
Stomatologie	FREY.
Education physique	CHAILLEY-BERT.
Radiologie clinique	LEDOUX-LEBARD.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MA FEMME

A MON PÈRE

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR GILBERT

Professeur de Clinique médicale à la Faculté de Médecine

Médecin de l'Hôtel-Dieu

Membre de l'Académie de Médecine

A LA MÉMOIRE DE MES MAITRES

MONSIEUR LE PROFESSEUR RICHAUD

Professeur de Pharmacologie à la Faculté de Médecine

Pharmacien des Hôpitaux

MONSIEUR LE PROFESSEUR CAMUS

Médecin des Hôpitaux

Membre de l'Académie de Médecine

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

MONSIEUR LE DOCTEUR RIST

Médecin des Hôpitaux

MONSIEUR LE PROFESSEUR SERGENT

Membre de l'Académie de Médecine

MONSIEUR LE DOCTEUR LEGRY

Membre de l'Académie de Médecine

MONSIEUR LE DOCTEUR COURCOUX

Médecin des Hôpitaux

MONSIEUR LE DOCTEUR GUINOCHET

Pharmacien des Hôpitaux

Contribution à l'étude du Kyste hydatique de la Rate

La localisation du kyste hydatique à la rate n'est pas exceptionnelle.

Néanmoins, sa rareté relative justifie la publication des cas nouveaux qui se présentent.

Nous avons eu l'occasion de suivre deux malades chez lesquelles fut porté, cliniquement et radiologiquement, le diagnostic de kyste hydatique de la rate. Traitées chacune par des méthodes chirurgicales différentes, elles ont toutes deux guéri.

Aussi, nous a-t-il paru intéressant de consacrer notre thèse à ce sujet.

En dehors, des particularités cliniques que signalent nos observations, nous avons pensé faire œuvre utile en ajoutant aux travaux déjà anciens, un chapître qui leur manquait : l'aide apportée par le radiologue au diagnostic du kyste hydatique de la rate.

Historique

Les principaux travaux, parus en France, sur le kyste hydatique de la rate sont, par ordre chronologique :

L'article de Treukler, dans la *Revue de Chirurgie* de 1894.

La *thèse* de Gras, Bordeaux, 1896.

Celle de Mortureux, Paris, 1900.

Entre temps, Dieulafoy avait consacré deux leçons à l'étude médico-chirurgicale des kystes hydatiques de la rate (Chroniques de l'Hôtel-Dieu, 1899).

Mais, il faut arriver à la thèse d'André Martin (Paris, 1908), pour trouver une étude d'ensemble de la question suivie d'une bibliographie détaillée et d'un recueil important d'observations (soixante-et-une observations de kystes non compliqués et vingt-trois de kystes compliqués).

Depuis cette époque, il n'y a eu guère en France que des publications de cas isolés, à l'occasion desquels se produisirent parfois d'intéressants débats à la Société de Chirurgie.

Observations

OBSERVATION I (Inédite)

(*due au Dr FATOU, chef de Clinique médicale à l'Hôtel-Dieu*)

Mme Yvonne B..., 20 ans, ouvrière, entre le 26 avril 1922, Salle Sainte-Jeanne, à l'Hôtel-Dieu, adressée au Docteur Fatou, pour diagnostic :

La malade s'était plainte à son médecin que son côté gauche augmentait progressivement de volume, au point qu'elle ne pouvait plus agrafer ses robes.

Les antécédents héréditaires du sujet n'offraient rien de spécial : son père est en bonne santé, elle aurait perdu sa mère et un frère de maladie inconnue, un autre de ses frères est mort du croup, un troisième est bien portant.

De ses antécédents personnels, rien d'anormal à retenir non plus. Elle aurait été très anémiée à l'époque de la puberté, réglée à quatorze ans, elle a toujours eu depuis cette époque, un retard de quelques jours.

Mariée, il y a dix-huit mois, elle n'a jamais eu de grossesse, et n'a pas fait de fausse-couche.

C'est, il y a deux mois, qu'elle a ressenti des *douleurs sourdes continues dans l'hypocondre gauche*. Ces douleurs durèrent trois à quatre jours, ayant semblé céder à l'application d'un liniment et à la prise de cachets d'aspirine.

A cette même époque, notre malade constate que l'hypocondre gauche augmente de volume : elle ne peut plus ajuster les vêtements qu'elle portait auparavant.

Disons tout de suite qu'elle n'a plus souffert depuis les douleurs signalées plus haut et n'a jamais présenté auun signe subjectif.

Enfin, elle n'a accusé aucune manifestation hémorragique, pas d'épistaxis, en particulier.

26 Avril 1922 :

A son entrée dans le service, nous sommes en présence d'une jeune femme d'un bon état général, sans fièvre. Elle n'accuse aucun amaigrissement.

Dès qu'on la découvre, on remarque l'augmentation notable de volume de la base de l'hémithorax et de l'hypocondre gauche ;

Il y a évasement et soulèvement en dehors du gril costal, à la base de l'hémithorax gauche ; cet élargissement semble en rapport avec une tumeur lisse, rénitante, non douloureuse, perceptible dans le flanc gauche sous-jacent. On sent très nettement le bord inférieur de cette tumeur arrondie, lisse, qui déborde de quatre travers de doigt des fosses côtes et semble, incontestablement, appartenir *à la rate*.

La percussion dénote une matité absolue dont la limite supérieure remonte jusqu'au 5e espace intercostal. Transversalement, la matité s'avance jusqu'au bord gauche du sternum, en arrière, elle recule jusqu'à une verticale menée par l'angle inférieur de l'omoplate.

A la palpation de la partie abdominale accessible de la tumeur, on a la sensation d'une fluctuation profonde. A aucun moment, on n'a pu obtenir le frémissement hydatique.

Le foie est normal, ne débordant pas les fosses côtes.

Il n'y a *aucune adénopathie* maxillaire, ni inguinale.

L'auscultation *des poumons* ne fait rien constater d'anormal.

Le cœur, refoulé par la tumeur, a sa pointe soulevée dans le quatrième espace intercostal gauche, à la hauteur du mamelon, à 8 centimètres environ de la ligne médiane, le cœur est éréthique, il existe dans la région aortique, un petit souffle vraisemblablement anorganique.

L'abdomen est souple par ailleurs.

L'état digestif est bon, les selles sont régulières.

Il n'y a pas de diarrhée ni de constipation.

Les réflexes sont normaux.

Les urines ne contiennent ni sucre, ni albumine.

La malade n'a jamais eu d'œdème malléolaire.

Différents examens de laboratoire ont été pratiqués dans le service.

L'examen du sang (Mlle Tissier), en date du 1er mars 1925, a donné :

Globules rouges	3.760.000
Hémoglobine	70 %
Globules blancs	6.080

avec le pourcentage leucocytaire suivant :

Polynucléaires neutrophiles	71
Polynucléaires *éosinophiles*	4
Polynucléaires basophiles	1
Leucocytes et moyens monos	22
Grds monos et formules de trans.	2
	100

La réaction de Wassermann a donné un résulat très faiblement positif.

Quand à la réaction de Weinberg, elle n'a pu être faite, faute d'antigène hydatique dont le laboratoire de M. Weinberg était alors démuni.

Un examen radiologique pratiqué à la clinique médicale de l'Hôtel-Dieu, permit d'identifier une très grosse tumeur de la rate, tumeur arrondie, tracée au compas, allant de la colonne vertébrale à l'extrémité latérale du gril costal, refoulant dans le thorax, la diaphyse gauche et le cœur sus-jacent, et terminée du côté de l'abdomen par une sorte de prolongement effilé lui donnant tout à fait l'aspect d'une montgolfière.

Sur le cliché réduit que nous reproduisons, on voit très bien ces particularités : la rate apparait près de trois fois plus grosse que le foie.

Le diagnostic de kyste hydatique de la rate, envisagé à première vue par le Docteur Fatou, paraissant confirmé par l'éosinophilie discrète et surtout l'image radiologique si particulière de tumeur ronde surplombant le reste de la rate, la

malade est passée dans le service chirurgical de M. le Docteur Alglave, le 6 mai 1922.

L'opération a eu lieu le 10 mai.

(Opérateur, Dr Alglave ; aide, Couturier).

Anesthésie au chloroforme.

Incision suivant le bord externe du droit.

On arrive sur la masse de la tumeur.

Le kyste est inclus dans un parenchyme et, un moment, on se demande s'il s'agit du lobe gauche du foie ou de la rate.

On reconnaît la rate au ligament phréno-splénique.

1° Ponction à l'aiguille de Pravaz :

Il sort un liquide eau de roche sous forte tension, donc kyste hydatique.

2° On injecte :

Après protection rigoureuse du péritoine et des parties voisines, 20 cm³ d'une solution de formol à un pour cent. Puis on aspire à l'appareil de Potain. Il sort un abondant liquide clair, suivi d'une membrane vésiculaire. Bientôt après, rien ne sort plus.

On se décide alors à ouvrir largement le kyste, après avoir disposé autour du tracé choisi pour l'incision, des compresses de gaz imbibées de formol à un pour cent.

3° Incision :

Du liquide sort en abondance, dans lequel on distingue de nombreux scolex sous forme de fins grains de sable. Puis on extirpe la membrane germinative et on réinjecte de l'eau formolée dans la poche que l'on vide complètement. On ré-

injecte une dernière fois, et on ferme la plaie en marsupialisant la poche autour d'un drain.

Durée : trois quarts d'heure.

***

Suites opératoires excellentes.

Suintement abondant les jours suivant l'intervention. puis diminution progressive du suintement et guérison en quelques semaines.

Examen du sang pratiqué le 17 juin 1922 :

Numération des globules blancs :	8.160
Formule leucocytaire :	
Polynucléaires neutrophiles :	68
Polynucléaires éosinophiles :	4
Polynucléaires basophiles :	0
Lymphocytes et moyens monos :	25
Grands monos et formes de transition :	3
	100

***

OBSERVATION II (Inédite)

Due à M. le Dr Bergeret, chirurgien des hôpitaux.

(N° 24.374, de la Clinique chirurgicale de l'Hôtel-Dieu)

Mme M... est hospitalisée le 2 juillet 1924, à l'Hôtel-Dieu, salle Saint-Jean, dans le service du Pr Hartmann.

Deux mois auparavant, la malade commença à ressentir des *douleurs* ressemblant à des névralgies intercostales.

Ces douleurs ont débuté par une sorte de « *crise* » subite,

Elles siégeaient dans la partie inférieure de l'hémithorax gauche, surtout à la face latérale, mais existèrent également aux faces antérieures et postérieures.

Ces douleurs ont continué sans arrêt pendant quatre ou cinq jours, elles ne se calmèrent, au bout de ce temps, qu'après l'application d'un sinapisme.

Signalons que le jour, où pour la première fois apparurent ces douleurs, la malade absorba un comprimé d'aspirine : dix minutes après l'absorption du comprimé, elle éprouva un violent malaise avec perte de connaissance qui aurait duré une heure et demie.

Elle fut longue à se remettre de ce shock, elle dut garder le lit une dizaine de jours et resta affaiblie près de trois semaines.

Pendant cette période, avec la fatigue de la fin de la journée, elle accusait, chaque soir, des vertiges et des maux de tête.

Avant la crise de douleurs, la malade avait eu de l'urticaire pendant une journée.

C'est seulement quelques jours après la cessation des douleurs, qu'elle remarqua que la partie supérieure de son flanc gauche était augmenté de volume et de consistance dure.

Elle alla, alors, consulter un médecin qui diagnostiqua un kyste hydatique de la rate.

Depuis cette époque, la malade n'a pas éprouvé de crise douloureuse nouvelle, l'abdomen n'a pas grossi davantage.

Mentionnons qu'il y a douze ans, la malade avait été soignée déjà pour des douleurs intercostales. Elle ne peut préciser si les douleurs siégeaient au même endroit que celles qui firent diagnostiquer le kyste.

Rien à signaler dans les antécédents de la malade, à l'ex-

ception d'une scarlatine à l'âge de sept ans, scarlatine grave dont elle fut longue à se remettre.

La malade a eu sept grossesses normales.

Les urines ne renferment ni sucre, ni albumine.

La réaction de Weinberg, faite par M. Deval du Laboratoire de la Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu, avait donné le 27 mai 1924 une réponse faiblement positive :

$$H_2 \quad H_3 \quad H_6$$

A l'inspection, on note une tuméfaction volumineuse, soulevant la partie inférieure du plastron costal gauche et le portant en haut, en avant et en dehors.

Cette tuméfaction est régulière, au-dessus, la peau a gardé son aspect normal et le soulèvement du gril costal est parfaitement circonscrit à la vue.

La tumeur a une forme ovalaire, grosse extrémité supérieure s'étendant en haut jusqu'à la sixième côte, en arrière et à gauche, jusqu'à la ligne axillaire antérieure, à droite jusqu'à la ligne médiane.

Le contour droit de la tumeur passe par la base de l'appendice xyphoïde, descend d'abord parallèlement au rebord costal à trois travers de doigt en dessus de lui, puis changeant de direction redevient verticale descendant à trois travers de doigt en dehors de l'ombilic.

A sa partie inférieure, la tuméfaction se prolonge par une queue arrondie en bas, atteignant le niveau de l'épine iliaque antéro-supérieure, à un travers de main en dedans de ce repère.

Dans son ensemble, la tumeur thoraco-abdominale a la forme d'une poire à grosse extrémité supérieure, à queue plongeant dans l'abdomen.

La partie abdominale de la tumeur dessine, comme la partie costale, un soulèvement appréciable à la vue.

L'extrémité inférieure de la tumeur offre à la palpation, un rebord antérieur et interne net et tranchant.

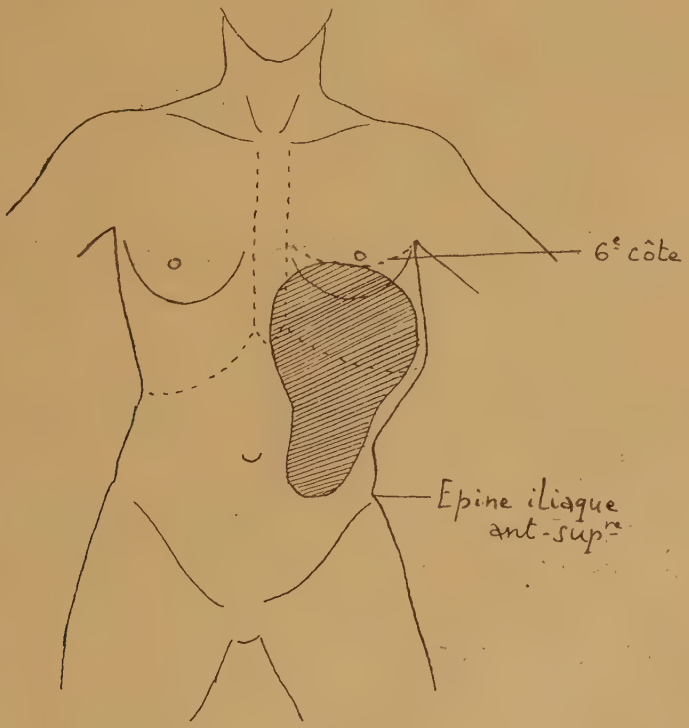
La main posée à plat sur la partie costale de la tumeur, permet de percevoir le frémissement hydatique.

La tumeur, dans toute son étendue, est mate à la percussion.

Elle est mobile avec la respiration.

Opération le 10 juillet 1924 (Bergeret).

Anesthésie à l'éther.



Incision parallèle au rebord costal.

Volumineux kyste gros comme une tête d'adulte, développé dans la partie supérieure de la rate.

La partie inférieure très réduite, est appendue au pôle inférieur du kyste.

Nombreuses adhérences au diaphragme qui sont soigneusement libérées.

Splénectomie :

Péritonisation sur un petit drain.

Suites opératoires excellentes.

La température élevée après l'opération à 38° tomba à 37° progressivement.

Ablation des agrafes le 9e jour (19 juillet).

La malade quitte l'hôpital guérie.

***

Examen de la pièce N° 1.503 du laboratoire du Pr Ménétrier. Kyste hydatique de la rate :

Macroscopiquement : Kyste énorme de la grosseur d'une tête d'adulte, contenant de très nombreuses vésicules hydatiques de la grosseur d'une noix.

Microscopiquement : Paroi fibreuse, rate comprimée scléreuse avec une proportion très notable d'éosinophiles.

Etiologie

Nous n'avons pas l'intention d'exposer l'étiologie des kystes hydatiques. Nous renvoyons aux traités classiques et aux livres de parasitologie où l'on trouvera toutes les notions la concernant.

On sait que certains pays comportent un plus grand nombre de cas que les autres, notamment les pays d'élevage.

On connaît, d'autre part, l'abondance des kystes hydatiques dans les milieux en rapport avec le bétail (abattoirs, centres d'élevage, etc...).

L'âge et le sexe ne semblent avoir aucune influence.

Les statistiques étendues (André Martin) montrent que le nombre des hommes et des femmes atteints est sensiblement le même.

Y aurait-il des facteurs de localisation ?

On a invoqué la grossesse, le traumatisme de la région en cause. Ces facteurs mécaniques sont, sans doute, valables pour l'ecchinoccose secondaire du péritoine (par rupture ou déhiscence d'un kyste hydatique du foie par exemple), mais ils ne sauraient expliquer la localisation d'un kyste hydatique primitif sur la rate.

Fréquence comparée aux autres localisations :

Dans l'ensemble, le kyste hydatique de la rate est une localisation assez rare.

Nous reproduisons ci-dessous des données statistiques

montrant la fréquence comparée du kyste hydatique de la rate par rapport aux principales localisations relevées dans les autres organes chez l'homme.

1° Répartition moyenne des kystes hydatiques chez l'homme d'après Dève :

Foie	74,9 %
Poumons	8,5 %
Muscles	5,7 %
Rate	2,3 %
Cerveau	1,4 %
Rein	2,1 %
Os	0,9 %
Divers	4,2 %

2° D'après Neveu-Lemaire :

Le barrage hépatique retient 65 % des cas, ensuite vient la barrière pulmonaire avec 10 %.

Cette dernière barrière forcée, c'est l'irruption dans le torrent circulatoire : *cœur gauche*.

Et de là, par ordre de fréquence :

Peau ;
Muscles ;
Cerveau ;
Reins ;
Rate ;
Organes génitaux ;
Bouche ;
Orbite ;
Face ;
Canal rachidien ;

Plèvre ;
Cou ;
Epiploon ;
Parois gastriques.

3° Mentionnons encore l'avis de Rostochinsky (*Bulletin de la Société Médicale de Moscou,* n° 5, 1890).

D'après lequel la localisation splénique est une vraie rareté : pour cet auteur, alors que le foie absorbe 45 % des cas, la rate comporte seulement 0,3 % des observations.

4° Voici, d'autre part, des chiffres récents relevés dans un article de la Revue de Pathologie comparée, consacrée aux kystes hydatiques au Maroc.

Au Maroc (juillet 1922) les Docteurs Dekester et Martin ont observé en deux ans, à l'hôpital Cocard, à Fez, vingt-quatre cas de kystes hydatiques se répartissant ainsi :

10 cas K.H. du foie ;
1 cas K.H. *du foie et de la rate ;*
1 cas K.H. de la rate ;
1 cas K.H. du foie, épiploon gastro-hépatique ;
3 cas K.H. de l'abdomen ;
2 cas K.H. du mésentère ;
1 cas K.H. de l'épiploon gastro-colique ;
1 cas K.H. du sein ;
1 cas K.H. de l'orbite ;
1 cas K.H. de la nuque ;
1 cas K.H. de la région temporo-maxillaire ;
1 cas K.H. des fesses.

En octobre 1923, sur dix-huit cas dénombrés par une enquête de la Société médicale et scientifique de Casablanca, figure *un seul cas de la rate.*

D'une façon générale, on voit que la localisation splénique est peu fréquente, s'observant dans 1 à 5 % des cas, suivant la statistique considérée.

Pathogénie

Différentes opinions ont été émises par les auteurs. On en trouve la discussion dans les traités classiques.

Pour aborder la rate, l'embryon hexacanthe peut théoriquement emprunter deux voies :

La voie veineuse directe

ou

La voie artérielle

Celle-ci supposant l'embryon arrivé dans le cœur gauche, soit par voie lymphatique, soit par voie porto-cave.

Dans la grande majorité des cas, l'embryon hexacanthe après avoir traversé la tunique gastro-intestinale, chemine dans le courant de la veine porte vers le foie, d'où la localisation élective du kyste hydatique à cet organe.

Mais Gras, et après lui André Martin, ont fait remarquer que la veine splénique est dépourvue de valvules et que, sous certaines conditions de ralentissement ou de stase portale, il n'y a pas de réel obstacle à ce que l'embryon hexacanthe n'atteigne la rate en cheminant à contre-courant par la veine splénique.

D'autre part, au hile même de la rate, la veine splénique reçoit la veine gastro-épiploïque gauche et des vaisseaux courts de la grosse tubérosité de l'estomac : ici on comprend, encore mieux, la possibilité d'une atteinte isolée de la rate par l'embryon hydatique.

La voie veineuse directe est donc possible, elle est même plausible dans la plupart des cas.

Pour d'autres auteurs, après avoir forcé le barrage hépatique et le barrage pulmonaire (voie porto-cave), l'embryon hexacanthe arrive au cœur gauche et de là, il est lancé dans le torrent circulatoire artériel, d'où il peut, par l'aorte, le tronc cœliaque et l'artère splénique, être canalisé vers la rate Il est fort probable qu'il s'agit là d'une voie exceptionnelle.

Enfin, pour Gangolphe, la voie lymphatique aurait autant d'importance que la voie veineuse directe : recueilli par les troncs lymphatiques de l'intestin ou de l'estomac, l'embryon hexacanthe gagnerait le canal thoracique, de là il passerait dans le système cave, le cœur et finalement par la voie artérielle, atteindrait la rate. Cette pathogénie mixte est logique : l'objection faite à la voie porto-cave du double barrage hépatique et pulmonaire tombe ici, seul le barrage pulmonaire est à franchir.

Il est donc fort possible qu'une partie des cas de kyste hydatique de la rate ressortissent à cette pathogénie.

Retenons donc que la voie veineuse directe et la voie lymphatique expliquent la possibilité de la localisation primitive de l'embryon hydatique sur la rate.

Un dernier point de pathogénie soulevé par l'existence des kystes hydatiques de la rate est le suivant :

Certains auteurs ont invoqué l'influence de la grossesse ou d'un traumatisme sur l'éclosion d'un kyste hydatique de la rate.

Y aurait-il eu, en ce cas, greffe directe sur le péritoine splénique après rupture d'un kyste hydatique du foie ? ce qui constituerait une modalité particulière de l'échinococcose secondaire du péritoine.

La question ne peut qu'être posée.

Et, inversement, on peut se demander si l'échinococcose péritonéale secondaire et, en particulier, l'échinococcose du péritoine pelvien, chez la femme, ne pourrait relever exceptionnellement de la rupture intrapéritonéale d'un kyste hydatique primitif de la rate. On sait que l'échinococcose péritonéale est attribuée communément à la rupture du kyste hydatique de la face inférieure du foie, comme l'ont soutenu avec juste raison Clado (1), Quenu (2), Dève et de nombreux auteurs.

---

(1) Clado. — *Société anat.*, 1886, p. 676.
« Les échinocoques arrêtés dans le foie par exemple sont semés dans la cavité abdominale par rupture de la poche hépatique ».

(2) Quenu. — *Bulletin de la Société de Chirurgie*, 21 mars 1900. « Il y a greffe d'une vésicule échappée du kyste primitif ».

Anatomie pathologique

Les kystes hydatiques de la rate présentent, suivant la direction de leur développement, des conditions anatomiques dissemblables susceptibles de créer des indications opératoires différentes.

A l'appui de cette notion, Dieulafoy pouvait, dans sa leçon clinique, opposer l'une à l'autre ses deux observations personnelles :

Dans la première, il s'agissait d'un kyste développé au centre de la rate : la splénectomie s'imposa.

Dans l'autre cas, il s'agissait au contraire, d'un kyste juxta-splénique, accolé à la rate : le chirurgien put enlever le kyste en respectant la rate.

Nous allons étudier l'anatomie macroscopique des kystes hydatiques d'abord par rapport à la rate elle-même, ensuite par rapport aux organes voisins.

1° Rapports du kyste avec la rate :

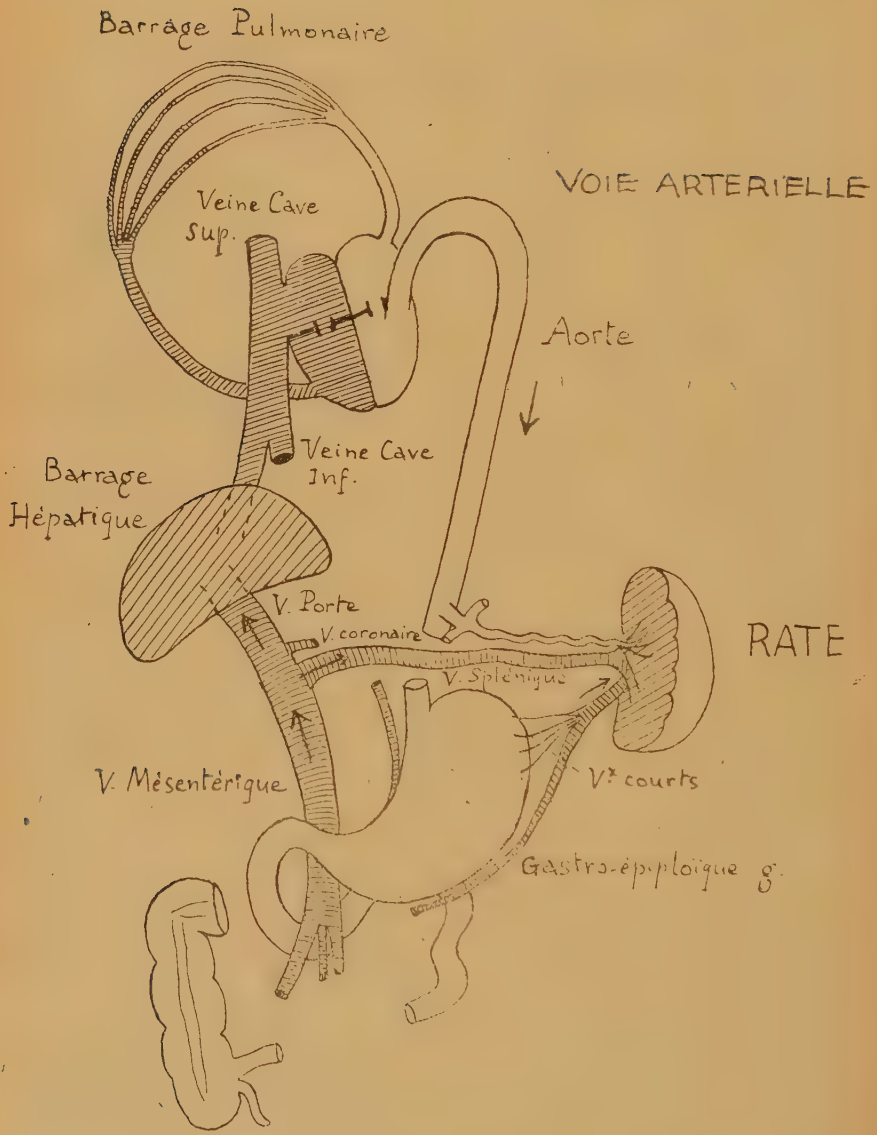
Une première division s'impose :

a) Le kyste de la rate est unique ;

b) Les kystes sont multiples.

a) Kyste unique :

Lorsqu'il s'agit d'un *kyste unique*, différentes éventualités peuvent se présenter suivant que le kyste est profond ou superficiel.


Barrage Pulmonaire
VOIE ARTERIELLE
Veine Cave Sup.
Aorte
Veine Cave Inf.
Barrage Hépatique
V. Porte
V. coronaire
RATE
V. Splénique
V. Mésentérique
Vx courts
Gastro-épiploïque g.

Le kyste est dit *profond* (A. Martin) ou *central* (Dieulafoy) lorsqu'il se développe en plein parenchyme splénique, refoulant excentriquement le tissu splénique qui lui forme une coque d'épaisseur variable.

Pour Gras, ce serait en tous cas, la forme de début, même pour les kystes ultérieurement superficiels, opinion qui n'est plus admise : le kyste central à l'origine reste central jusqu'au bout de son évolution. André Martin cite, à ce sujet, le cas de Bourdel (Société Anat., 1884, p. 321) qui, ayant diagnostiqué chez un enfant de onze ans, une hypertrophie leucémique de la rate, découvrit à l'autopsie une rate énorme de 21 centimètres sur 15, pesant 1 kil. 250, ayant conservé sa forme générale et dont la coupe révéla un kyste hydatique central, entouré d'une coque splénique épaisse d'un centimètre.

Lorsque le kyste est *superficiel*, la tumeur est développée à l'un des pôles de la rate (kyste ascendant ou descendant) tantôt aux dépens de sa face postérieure (A. Martin), tantôt de sa face antérieure (Trinkler).

Dans l'ensemble, on a une tumeur bilobée, mi-partie kystique, mi-partie splénique.

La partie kystique affecte une surface plus ou moins bosselée en raison des quelques brides scléreuses qui courent à sa surface. Parfois le kyste est uniformément sphérique.

A côté de ces deux variétés de kyste profond et superficiel, Dieulafoy en distinguait une troisième :

Le kyste juxta-splénique (sessile ou pédiculé).

Dans cette variété, le kyste est énorme, indépendant de la rate, ayant pris naissance sous la capsule même de la rate ou dans le hile de l'organe et se détachant du parenchyme

au fur et à mesure de son développement, jusqu'à présenter, dans les cas extrêmes, un véritable pédicule de plusieurs centimètres de long, ce qui peut donner une excessive mobilité à la tumeur et dérouter le médecin.

Citons notamment l'observation I d'André Martin, où le kyste de l'épiploon ou du mésentère et les cas de Marcano (1874), Renault (1882), Shoenborn (1895), et Olivier (1893), où le kyste appendu par son pédicule au pôle inférieur de la rate, descendait jusqu'au cul-de-sac vaginal gauche.

La constitution du kyste n'offre rien de particulier.

Il y a, comme d'habitude, une poche de plus ou moins grandes dimensions, formée soit par une membrane germinative molle, soit au contraire, par une coque fibreuse extrêmement résistante.

Le liquide contenu est *eau de roche* (en dehors de toute complication) pouvant renfermer, comme dans notre observation I, de nombreux scolex, ou comme dans l'observation II, de nombreuses vésicules filles.

La rate peut être *scléreuse* ou, au contraire, *hypertrophiée*.

La mention de l'hypertrophie possible de la rate est due à Dieulafoy. Il s'agirait, à dit cet auteur, d'une hypertrophie compensatrice analogue à celle que l'on observe couramment dans le foie atteint de kyste hydatique.

Dans notre première observation, le chirurgien n'ayant pu pratiquer de splénectomie, nous n'avons pas de donnée exacte concernant les dimensions attribuables à la rate.

Dans l'observation de M. Bergeret, au contraire, l'examen de la pièce opératoire mentionne une rate comprimée, sclérosée. Cela démontre que l'hypertrophie signalée par Dieulafoy n'est pas de règle.

b) Kystes multiples :

Tantôt il y a deux, tantôt trois, quatre kystes, tantôt un kyste multiloculaire.

C'est principalement, en cas de kystes multiples de la rate, qu'il y a des kystes aux organes voisins, au foie notamment ou bien à l'épiploon pancréatico-splénique, gastro-splénique ou au grand épiploon.

2° Rapports avec les organes voisins.

Ils sont variables avec la variété évolutive que prend le kyste au cours de son développement.

On peut schématiser avec A. Martin, les différentes variétés évolutives suivant que le kyste se développe :

En avant, adhérences à l'estomac.

En arrière, adhérences au pancréas.

En haut, adhérences au foie, au diaphragme.

En bas, adhérences à l'intestin grêle et au gros intestin.

En dehors, adhérences à la paroi abdominale.

COMPLICATIONS

Nous serons brefs sur les modifications anatomo-pathologiques susceptibles de se produire dans le kyste hydatique de la rate :

La principale relève de *l'infection du kyste*, à l'occasion d'une maladie du sujet : grippe, dysenterie. Ou à l'occasion d'un traumatisme dont le plus courant, est une ponction intempestive.

L'infection par le colibacille est le plus fréquemment observée, semble-t-il.

Dans certains cas, on aurait noté la transformation du contenu kystique en *liquide hémorragique*, à la suite d'un traumatisme ou d'une ponction. Ce sont là des cas exceptionnels qu'il faut connaître pour pouvoir les distinguer des kystes hématiques de la rate.

Etude Clinique

Le kyste hydatique de la rate présente une histoire clinique bien particulière.

Il faut que son volume soit devenu considérable pour apporter une gêne réelle au fonctionnement des organes thoraciques ou abdominaux. Auparavant, le malade n'en souffre que peu ou point.

Nous décrirons donc deux périodes de l'évolution du kyste hydatique de la rate.

La première période : *phase latente.*

La deuxième période : *celle des signes de compression.*

1° Phase latente :

Sa durée est indéterminée.

Il en est, à propos de la rate, comme du foie.

Dans les deux cas de Dieulafoy, la *douleur*, le premier symptôme en date, existait depuis quatre ans au moment où la malade vint consulter.

Au cours de cette phase latente :

La douleur est, en effet, le seul symptôme éventuellement accusé chez le malade porteur d'un kyste hydatique de la rate.

C'est une douleur sourde, plutôt qu'aiguë, une pesanteur, une vague sensation de tiraillements.

Encore, cette douleur n'est-elle pas constante : elle offre des paroxysmes et des accalmies.

Elle prend le plus souvent le type de la *névralgie intercostale* siégeant dans le côté gauche. C'est le diagnostic porté le plus souvent, lorsqu'à cette période pré-tumorale, la malade vient consulter.

Moins fréquemment ce sont des *douleurs abdominales* dans l'hypocondre gauche, parfois lorsque le kyste détermine de l'irritation du diaphragme, la malade accuse des douleurs dans *l'épaule gauche* et dans la région scapulaire.

Ces douleurs peuvent devenir très vives : dans notre seconde observation, elles ont revêtu l'aspect d'une *crise* véritable. Elles nécessitent des traitements variés : révulsion cutanée au moyen de badigeonnages iodés, de ventouses ou de vésicatoires ; absorption de cachets antinévralgiques, piqûres de morphine.

Spontanément, à l'occasion d'une de ces prescriptions, la crise douloureuse s'atténue et une phase d'accalmie durable peut s'en suivre.

Pour Trinkler, les douleurs aiguës survenant sans cause, sont dues à des lésions mécaniques ; fissuration, déplacement du diaphragme ou du poumon, réaction pleurale de la base.

Pendant cette longue évolution, notons la *conservation d'un excellent état général*. Ce sera là, un élément de premier ordre pour aider au diagnostic : il n'y a pas de cachexie, pas d'anémie notable, pas d'amaigrissement, les forces et l'appétit persistent intacts.

On pourra noter, éventuellement, les petits signes d'intoxication hydatique, importants au point de vue diagnostic, parmi lesquels *l'urticaire*, signalée dans notre deuxième observation.

2° Signes de compression :

Période tumorale.

Le passage de la période latente à la période des signes de compression est insensible :

Parfois, comme dans notre première observation, la malade s'aperçoit, à ses vêtements devenus trop étroits, que son côté gauche augmente de volume, elle s'effraye et va consulter un médecin.

Ou bien, comme dans notre deuxième cas, les douleurs rebelles ou récidivantes attirent l'attention de la malade sur le côté gauche. Elle découvre, un jour, que le côté a grossi.

Dans d'autres observations, la tumeur est découverte par le médecin à l'occasion des signes de compression des organes thoraco-abdominaux, qu'elle détermine.

Dès lors, au point de vue clinique, il y a lieu, avec Dieulafoy, de distinguer deux catégories de kystes :

1° *Des kystes à développement ascendant*, à symptomatologie thoracique ;

2° *Des kystes à développement abdominal.*

a) Kystes à développement thoracique.

Nos deux observations appartiennent à cette forme, qui est la plus fréquemment observée et en tous les cas, la plus caractéristique.

Dans le type thoracique, en effet, le kyste se développe aux dépens du pôle supérieur de la rate, exactement sous la coupole gauche du diaphragme ; son développement progressif refoule le diaphragme dans la cage thoracique, créant une véritable « éventration », de diaphragme, de type éventration

acquise, un mégadiaphragme (Fatou) (1). Il y a amincissement sans rupture de la coupole diaphragmatique, comme il arrive dans tous les cas de distension lente.

Par voie de conséquence, le poumon gauche est comprimé dans l'hémithorax gauche, son bord inférieur étant refoulé jusqu'à la 6e, 5e ou 4e côte.

Le cœur est déplacé, dans les formes moyennement accentuées comme nos deux observations, sa pointe est simplement soulevée. Elle bat dans le 4e espace intercostal, à la hauteur du mamelon. On voit pareil fait se produire dans les surélévations diaphragmatiques causées par une grosse aérophagie.

Dans les cas accentués, au contraire, le cœur n'a plus de place dans l'hémithorax gauche et est rejeté à droite, comme dans les éventrations congénitales du diaphragme.

En même temps que ces modifications intra-thoraciques se poursuivent, la malade accuse des douleurs thoraciques ou scapulaires, névralgies intercostales, scapulalgie.

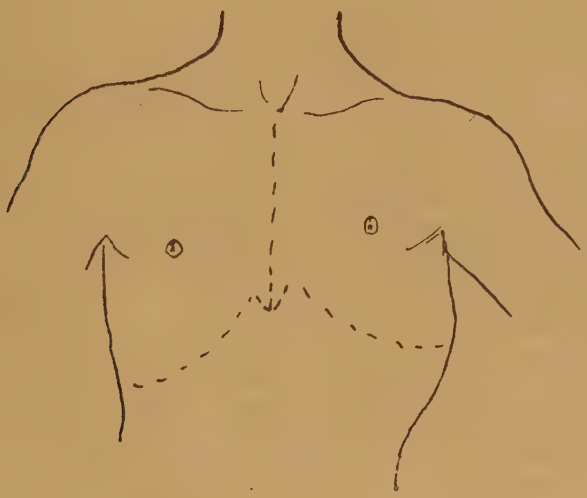
Elle éprouve de l'oppression, en raison de la gêne apportée au poumon gauche par l'ascension du diaphragme. Mais, à cette période, l'attention de la malade est attirée par la voussure de son côté gauche, la tumeur s'objective.

La base de l'hémithorax gauche est soulevée par la tumeur, les six dernières côtes sont déjetées en haut et en dehors, *il y a ascension du mamelon gauche.*

A ce moment, le développement du kyste dépasse le cadre du thorax, la parie inférieure de la tumeur déborde et devient palpable dans l'hypocondre gauche, formant à la vue

(1) L'éventration diaphragmatique (Fatou, *Journal de Chirurgie*, juillet 1924 et thèse, Paris, 1924).

une saillie dans le flanc gauche : on a une *tumeur thoraco-abdominale*, la plus grande partie, qui est la partie thoracique, est inaccessible à la palpation, mais par la palpation de la partie abdominale, on se rend compte de la fluctuation et de la rénitence de la tumeur, de son indolence, et de son manque de mobilité qui tient à l'enclavement intra-thoracique de la masse principale.



Et surtout, on percevra la continuité de la tumeur thoracique, ronde, dans son prolongement abdominal, arrondi, mais plus droit.

Les symptômes de compression sont alors au maximum. Le poumon gauche est refoulé dans les premiers espaces, le cœur est rejeté à droite, la malade est dyspnéique, elle a des accès de dépression, des crises névralgiques, certains mouvements, comme se baisser, se pencher en avant, élever le bras gauche, sont particulièrement pénibles ou douloureux.

La partie abdominale de la tumeur, par son développement dans l'hypocondre et le flanc gauches, peut agir sur les viscères digestifs et causer des troubles digestifs : de la dyspepsie.

Mais ce qui domine ici, ce sont les *symptômes thoraciques*, simulant grossièrement un épanchement pleural.

Rappelons que c'est avec le diagnostic de pleurésie que notre première malade avait été adressée à l'hôpital.

En effet, la percussion décèle une matité de bois, remontant en avant jusqu'au 5e, 4e ou 3e espace intercostal (Dieulafoy) l'espace de Traube est mat, le cœur est visiblement déplacé à droite.

La matité remonte dans l'aisselle, elle est perçue en arrière également, quoique parfois moins haut qu'elle ne devrait l'être logiquement dans la percussion antérieure.

A la palpation, *les vibrations sont abolies.*

A l'auscultation, *le silence respiratoire est absolu* dans toute la zone de matité, au-dessus on entend des râles de congestion pulmonaire diffus.

Bref, ce sont là, à peu de choses près, les signes d'un épanchement pleural.

Nous verrons au chapitre diagnostic qu'il y a des nuances permettant la différenciation : une pleurésie ne déjette pas à ce degré, en haut et en dehors, tout le gril costal, et l'épanchement pleurétique comporte, le plus souvent, des signes de compression bronchique perceptibles à l'auscultation du hile ou à la limite supérieure de l'épanchement : égophonie, pectoriloquie aphone, souffle, qui manquent dans le le kyste hydatique intra-thoracique.

Quelle est *l'évolution* d'une telle tumeur ?

Actuellement, on peut supposer qu'avant d'atteindre pareil développement, une intervention chirurgicale en aura débarrassé la malade, sinon, les complications habituelles d'un gros kyste hydatique peuvent se produire :

La rupture,

La suppuration.

Si l'on songe que le développement de ces tumeurs est intra-thoracique, on comprendra dès lors qu'on ait pu observer dans les cas ultimes *la perforation du diaphragme* et l'envahissement par le kyste de la plèvre et du poumon.

La suppuration du kyste est annoncée par l'apparition de signes généraux graves, absents jusqu'alors.

Notamment la fièvre à grandes oscillations avec accès sudoraux ou l'hyperthermie en plateau, les troubles digestifs, anorexie, état saburral, vomissements. Une anémie accentuée avec amaigrissement et des douleurs intenses dans l'hypocondre gauche.

En pareil cas, la mort survient en général, si l'on n'intervient pas, car le kyste ascendant suppuré se fait jour dans la plèvre et le poumon gauche, comme dans un cas d'Arnozan et dans un autre cas opéré par Reboul, cités dans la thèse de Gras.

b) Kystes hydatiques de la rate, à développement abdominal :

Nous serons plus brefs sur cette forme dont nous n'avons pas personnellement l'expérience clinique, et qui est certainement moins caractéristique du kyste hydatique que la précédente.

Cette forme s'observe lorsque le kyste prend naissance aux dépens de la partie inférieure de la rate.

Le développement progressif de la tumeur se fait alors vers l'abdomen.

Aussi, les troubles de compression sont-ils inexistants ou minimes, en ce qui concerne les organes thoraciques et au contraire accentués, en ce qui concerne les viscères digestifs.

On observera au maximum des *troubles dyspeptiques*, digestions pénibles, sensations de poids à l'épigastre, après les repas, en raison de la déformation de l'estomac par la tumeur et de la *constipation* par compression des côlons transverse et descendant.

Ici, la voussure est presque uniquement *abdominale*, soulevant l'hypocondre et le flanc gauche.

La *tumeur* est arrondie ou ovalaire, palpable entre l'ombilic et la crête iliaque antéro-supérieure gauche. On peut sentir parfois un prolongement supérieur qui remonte sous le gril costal.

Au rebours de ce qui avait lieu pour le kyste thoracique enclavé dans le gril costal gauche, la tumeur peut présenter ici une *certaine mobilité*, mais elle conserve les mêmes caractères *d'indolence* et de *tension résistante* que dans la forme précédente, la *fluctuation* est inconstante. Elle s'observerait dans les kystes superficiels. Elle manque, le plus souvent, dans les kystes profonds.

Ajoutons que le *frémissement hydatique* est plus rare qu'au foie.

La matité de la tumeur est constante et tranche avec la sonorité des parties voisines. Parfois, elle se continue sans démarcation avec la matité du lobe gauche du foie, prêtant ainsi à une erreur de diagnostic.

Dans les *très gros kystes à développement inférieur*, on a pu observer *des troubles de compression dans le petit bas-*

sin, le kyste se comporte alors comme une tumeur pelvienne, comprimant les vaisseaux, exactement ainsi qu'une grossesse avancée ou un gros fibrome.

Les *complications* que nous avons décrites à la forme précédente, ont ici pour champ d'action la cavité péritonéale.

C'est dire que leur symptomatologie sera purement abdominale (rupture, suppuration).

Il n'est pas impossible, avons-nous dit au chapitre pathogénique, que l'échinococcose péritonéale secondaire (notamment les kystes hydatiques de la cavité pelvienne) puisse, à titre exceptionnel, reconnaître la déhiscence d'un kyste splénique comme mécanisme originel.

A la symptomatologie que nous avons décrite, s'ajoutent certains éléments fournis par le laboratoire et qui, dans les cas douteux, seront à des degrés divers susceptibles d'éclairer le diagnostic.

Nous reportons l'exposé de ces procédés biologiques de diagnostic (réactions de laboratoire, examens de sang) au chapitre « Diagnostic ».

Etude Radiologique

Nous avons vu que le diagnostic clinique du kyste hydatique de la rate comportait deux phases successives :

La première qui consiste à reconnaître l'organe où siège la tumeur que l'on palpe ;

La deuxième qui tend à résoudre le problème : « Nous sommes en présence d'une splénomégalie, quelle en est la nature ? »

L'aide de la radiologie peut être précieuse aux deux étapes du diagnostic.

Diagnostic de l'organe atteint

En présence d'une tumeur de l'hypocondre gauche, plusieurs hypothèses pourront être envisagées quant au siège anatomique de la tumeur et l'on devra successivement éliminer chacun des organes qui pourraient être incriminés :

Tube digestif : grande courbure de l'estomac, angle colique gauche.

Mésentère.

Lobe gauche du foie.

Pancréas.

Rein gauche.

Capsule surrénale gauche.

Mais c'est principalement entre le côlon, le lobe gauche du foie et l'estomac que la discrimination devra être faite.

Le diagnostic radiologique de tumeur de la rate sera grandement facilité par la pratique de l'insufflation rectale du côlon et par le lavement baryté, qui permettront de reconnaître les limites de la tumeur et d'éilminer les organes voisins avec lesquels une confusion pourrait s'établir.

Une tumeur du côlon montrerait en effet une obstruction de la lumière normale de cet organe au niveau de la tumeur.

Une tumeur du lobe gauche du foie serait délimitée :

en bas par la clarté du côlon transverse ;

à gauche par la poche d'air gastrique et l'angle splénique du côlon, tandis que la rate reste toujours visible, en dehors de la poche gastrique.

L'estomac peut être modifié dans sa forme, en cas de grosse tumeur splénique ; son fonds peut êre reporté à droite de la ligne médiane, le corps de l'organe suivant un trajet oblique en bas et à droite, comme s'il cheminait, étranglé, entre le foie et la tumeur splénique ; mais on n'observe pas dans ce cas, d'image lacunaire habituelle aux grosses tumeurs intrinsèques de l'organe.

On aura d'ailleurs un moyen de confirmation en opérant la manœuvre suivante : en remplissant l'estomac de liquide opaque, on constatera, dans le cas de grosse rate, une déviation de la cavité gastrique à droite ; dans le cas de gros lobe gauche du foie, une déviation à gauche.

Diagnostic de la tumeur

Les caractères cliniquement attribués aux images radiologiques des kystes hydatiques du foie et du poumon se retrouvent en ce qui concerne le kyste hydatique de la rate.

On aura soin d'effectuer un cliché radiographique, la malade étant à jeun, l'intestin évacué et légèrement insufflé.

Le mieux est de faire une téléradiographie instantanée de l'abdomen, se rapprochant le plus d'un orthodiagramme.

Dans le type ascendant ou thoracique, le diaphragme gauche apparaîtra soulevé par une tumeur régulièrement opaque, à contours nets, circulaire, parfois légèrement polyédrique, lorsque son volume exagéré la met en contact serré avec des organes voisins, résistants, comme le lobe gauche du foie, le plancher cardiaque, etc.

Mais le fait remarquable, c'est qu'au kyste arrondi, enclavé dans la coupole gauche du diaphragme, fait suite un prolongement abdominal qui traduit l'existence de la rate elle-même appendue au kyste : on a l'image d'une *montgolfière*. On s'en rendra compte en étudiant le cliché ci-joint, réduction d'une téléradiographie instantanée de l'abdomen chez la malade de notre observation I (à comparer avec le schéma de la tumeur de notre seconde malade).

Lorsqu'une telle déformation de la rate apparaît, il n'y a pas d'hésitation possible, il s'agit d'un kyste hydatique, unique, primitif de la rate.

En cas de kyste à développement inférieur abdominal, on aura une image analogue, mais renversée :

La tumeur sphérique opaque se détachant sur la clarté de l'abdomen, dans le flanc gauche coiffé par la rate résiduelle.

Le kyste central de début pourra donner une image plus difficile à interpréter, parce que ne différant guère de différentes splénomégalies. En pareil cas, la radiologie apportera peu à l'examen clinique, on aura toutefois confirmation de l'origine splénique de la tumeur.

Diagnostic

Suivant l'expression de Dieulafoy : « *La rate est l'organe par excellence des tumeurs de l'hypocondre gauche* ».

La difficulté du diagnostic différentiel du kyste hydatique de la rate varie suivant que l'on a affaire à un kyste hydatique à forme ascendante ou à un kyste à développement abdominal.

La forme la plus caractéristique de kyste hydatique de la rate, celle qui prête le moins à l'erreur, est sans contredit la forme ascendante :

Comme l'a fait remarquer Dieulafoy, les très grosses rates : rate palustre, rate leucémique, sarcome de la rate, splénomégalies primitives, sont surtout des tumeurs du ventre.

Toute autre est, en général, la conformation du kyste hydatique de la rate, ce qu'on palpe dans le ventre n'est que la petite partie de la tumeur, la grosse partie est dans la cage thoracique, déjetant les côtes en dehors, refoulant très haut diaphragme et poumon, déviant le cœur à droite.

Aussi, s'agit-il d'un diagnostic thoracique :

La malade de notre observation I avait été adressée à l'hôpital avec un bulletin mentionnant le diagnostic de pleurésie : ce simple fait montre la nécessité de discuter le diagnostic du kyste hydatique de la rate avec l'épanchement pleural gauche.

Les principaux signes de l'épanchement de la base gauche sont en effet :

la matité absolue,
la disparition de la sonorité de l'espace de Traube,
l'absence de vibrations vocales,
le silence complet à l'auscultation,
la forte déviation du cœur, que l'on peut sentir battre à droite du sternum.

De même, les signes fonctionnels, semblables dans les deux affections, peuvent contribuer à masquer l'erreur qu'un examen peu approfondi aura fait naître.

N'y a-t-il pas, dans les deux cas, des troubles douloureux, avec alternative d'exacerbation et d'accalmie, des troubles dyspnéiques plus ou moins accenués ?

Mais en réalité, la ressemblance des deux tableaux cliniques n'est que superficielle :

La voussure costale, si accusée dans le kyste hydatique, entraîne une surélévation du mamelon gauche qui n'existe jamais dans la pleurésie (Dieulafoy).

En second lieu, l'examen complet de la malade montre la présence d'un prolongement abdominal de la tumeur que l'on n'observe pas dans la pleurésie (sous réserve d'un cas exceptionnel de grosse rate abaissée par un épanchement pleural) :

Il n'y a pas de souffle pleurétique à la limite supérieure de matité ;

Les signes infectieux, tachycardie, fièvre manquent dans le kyste hydatique ;

Enfin la radioscopie lèvera tous les doutes, en montrant la forme circulaire de la tumeur sous-diaphragmatique, s'op-

posant à la courbe à concavité supérieure, remontant vers l'aisselle des épanchements pleuraux.

Quant aux autres causes d'éventration diaphragmatique, gauche, congénitale ou acquise, elles ne sauraient prêter à l'erreur. En effet, il s'agit toujours d'une grosse poche à air gastrique ou colique, comportant le syndrome de l'agrandissement de l'aire de Traube (Fatou).

Nous avons insisté sur le diagnostic différentiel de la pleurésie et de kyste hydatique ascendant de la rate, en raison des dangers que présenterait, en ce dernier cas, une *ponction exploratrice* (Dieulafoy). Autant cette manœuvre est légitime dans la pleurésie, autant elle est dangereuse et doit être proscrite dès qu'il y a soupçon de kyste hydatique.

Lorsque le kyste hydatique de la rate revêt la forme descendante, on aura à discuter le diagnostic avec les tumeurs de la partie gauche de l'abdomen.

Le diagnostic raisonné passera par deux étapes :

1° Elimination des tumeurs des organes autres que la rate ;

2° Il s'agit d'une splénomégalie, quelle en est la nature ?

Dans le premier cas, on aura principalement à éliminer l'hypertrophie ou la tumeur du *lobe gauche du foie*, les *tumeurs du rein gauche*.

On reconnaîtra le gros lobe gauche du foie, en ce qu'il se continue avec le lobe droit dont le sépare une encoche médiane, à concavité inférieure tranchante.

Néanmoins, on ne peut se dissimuler que certains kystes hydatiques du foie, à l'opération même, ont été pris pour des kystes hydatiques de la rate et inversement.

Les tumeurs du rein gauche, profondes, fixes, donnent

les signes du ballottement lombaire, la sonorité colique coupe en écharpe leur face antérieure, parfois il y a un varicocèle révélateur de l'atteinte rénale.

Nous ne citons que pour mémoire, les tumeurs de la queue du pancréas, de la surrénale gauche.

Les tumeurs du petit bassin émigrées grâce à un long pédicule dans la moitié gauche de l'abdomen (fibromes, kystes ovariens).

Nous supposons la première étape diagnostique franchie, et nous nous trouvons en présence d'une splénomégalie.

On éliminera facilement les grosses rates en rapport avec une maladie du foie. *Syndrome spléno-hépatique*, où l'atteinte du foie s'extériorise par de l'ascite, du subictère, de l'ictère ou une pigmentation bronzée spéciale, et *également les grosses rates, en rapport avec une leucémie* qu'il est facile de reconnaître par la présence de ganglions hypertrophiés (leucémie, lymphoïde) ou par l'examen du sang en cas de leucémie myéloïde.

Ces deux grandes classes de splénomégalies comportant des signes caractéristiques, étant éliminés d'emblée, nous aurons à discuter le diagnostic du *syndrome splénique* à l'état de pureté.

C'est ici le diagnostic des tumeurs de la rate, au premier rang desquelles se place précisément le kyste hydatique, reconnaissable aux signes cliniques et radiologiques que nous en avons donné.

Exceptionnellement, on aura affaire à un *kyste non parasitaire de la rate :* kyste séreux, kyste dermoïde, kyste hématique.

L'absence des réactions biologiques, révélatrices de l'in-

toxication hydatique, permettra de soulever cette hypothèse.

En réalité, chez les femmes surtout, une seule tumeur de la rate doit être discutée : c'est le sarcome de la rate, rare, mais non exceptionnel, qui donne une rate énorme, arrondie, pendant quelque temps sans atteinte appréciable de l'état général. Mais on aura l'attention attirée sur le développement rapide de la tumeur.

Nous ne citons que pour mémoire la maladie de Grancher, splénomégalie chronique à marche lente, très rare, et la maladie de Baute qui a une évolution particulière en plusieurs périodes :

Splénomégalie douloureuse d'abord, s'accompagnant d'anémie et d'hépatomégalie ensuite, et finissant par de la cirrhose atrophique avec ascite et cachexie.

Diagnostic biologique

Les parasites sont doués de propriétés toxiques vis à vis de l'hôte qui les héberge.

On reconnaît aux parasites, non seulement des propriétés toxiques, mais une spécificité incontestable dans cette toxicité, basée sur le fait que l'imprégnation toxique déclanche un retentissement humoral.

C'est précisément dans l'échinococcose humaine que s'applique le plus favorablement la recherche des réactions humorales aux toxines parasitaires.

Nous renvoyons, pour détails, à la thèse du vétérinaire Brochet (Paris 1921) « Contribution à l'étude du diagnostic des maladies parasitaires ».

Retenons ici ses conclusions, auxquelles s'associent Barotte et Velu, dans leur article si documenté de la *Revue de Pathologie comparée :*

La toxicité parasitaire permet d'établir des méthodes générales biologiques de diagnostic des maladies parasitaires.

Le *précipito-diagnostic* ne donne, semble-t-il, qu'un faible pourcentage de résultats positifs (1/3), mais sa simplicité permet d'en conseiller l'emploi à titre d'appoint dans un cas douteux.

La méthode de « *déviation du complément* » (Weinberg) est plus sensible, elle est plus délicate et introduit plus de cau-

ses d'erreur. Elle semble avoir une grosse valeur quand elle est positive.

L'intra-dermo-réaction serait la méthode de choix, mais elle demande à être longuement expérimentée chez l'animal, avant d'être appliquée systématiquement chez l'homme.

L'ophtalmo-réaction semble devoir être réservée à la médecine vétérinaire, où elle rendra de précieux services.

Examen du sang

Les sujets atteints de kyste hydatique présentent une proportion anormale d'éosinophiles dans le sang.

Mais cela ne veut pas dire que l'éosinophilie sanguine doive entraîner, par ses constatations même, un diagnostic de kyste hydatique : l'éosinophilie, en effet, n'est pas spécifique du kyste hydatique, elle s'observe dans toutes les parasitoses vermineuses, de l'intestin par exemple.

Aussi n'a-t-elle toute sa valeur que lorsqu'elle accompagne une séro-réaction positive, c'est ainsi qu'une éosinophilie de 4 à 5 % associée à une intra-dermo réaction positive a permis à Barotte et Velu de poser le diagnostic d'hydatidose.

L'éosinophilie est, en général, peu élevée, en moyenne 4 à 10 %. Elle n'excèderait jamais 20 %.

On sait que l'éosinophilie disparaît en cas de suppuration du kyste. La formule sanguine revêtant alors le type banal dit de suppuration, avec une polynucléose plus ou moins accentuée.

Traitement

Nous serons brefs sur le traitement :

Actuellement, en effet, l'intervention chirurgicale n'est plus discutée et on peut codifier la conduite à tenir dans les cas typiques — étant entendu que les cas particuliers ou compliqués demeurent justiciables d'une conduite particulière dont l'opérateur sera, au moment même, le meilleur juge.

a) La ponction simple, exploratrice ou évacuatrice, sera *rejetée* en tous les cas, on sait les dangers auxquels elle expose le malade.

mort subite possible au cours de la ponction par accidents d'ordre anaphylactiques, suppuration de la poche.

Echinococcose secondaire par dissémination de vésicules dans le péritoine.

b) *S'il s'agit d'un kyste pédiculé*, on se contentera de l'extirpation du kyste, mais cette hypothèse favorable est peu fréquemment réalisée en pratique.

c) S'il s'agit d'un kyste central ou de kystes multiples non suppurés, la *splénectomie*, toutes les fois qu'elle sera possible, sera l'opération de choix.

Le chirurgien y a eu recours, dans notre seconde observation, et la malade a guéri sans incidents.

Cette intervention peut être rendue délicate en cas d'adhérences étendues au diaphragme, au foie ou aux viscères voisins.

d). S'il y a *kyste supérieur adhérent*, ou si pour des raisons de difficultés techniques, la splénectomie paraît dangereuse, on aura recours à la marsupialisation, la poche étant incisée avec les précautions de protection habituelle, évacuée et nettoyée avec les solutions formolées parasiticides.

La marsupialisation a fourni, dans notre première observation, où les adhérences diaphragmatiques et hépatiques étaient trop serrées, un excellent résultat avec un minimum de risques pour le sujet.

Conclusions

Environ 1 à 5 % des kystes hydatiques observés chez l'homme se localisent à la rate.

L'embryon exacanthe ingéré par l'homme gagne la rate par deux voies possibles :

Voie veineuse directe (veine splénique à contre-courant ou vaisseaux courts de la grosse tubérosité de l'estomac).

Voie artérielle, éventualité qui suppose l'embryon arrivé au cœur gauche par voie lymphatique ou par voie porto-cave, après avoir forcé les barrages hépatiques et pulmonaires.

Le kyste hydatique de la rate, en raison de la latence de son évolution, n'est généralement diagnostiqué que lorsque la tumeur a acquis un volume considérable. Cliniquement, il faut distinguer un type à développement thoracique et un type à développement abdominal.

Dans la forme ascendante, dont nous apportons deux observations inédites, le kyste est enclavé dans la base de l'hémithorax gauche, il revêt une symptomatologie thoracique. Il est important de ne pas le confondre avec une pleurésie gauche, la ponction exploratrice devant être absolument rejetée dans l'hypothèse de kyste hydatique.

Dans la forme abdominale, le kyste hydatique doit être distingué des tumeurs de la moitié gauche de l'abdomen.

Tumeurs extra-spléniques comme celles du lobe gauche du foie et les kystes non parasitaires de cet organe.

Tumeurs spléniques pures, notamment le sarcome de la rate et les kystes non parasitaires de cet organe.

Les splénomégalies avec atteinte du foie, les splénomégalies leucémiques se différenciant facilement par leurs signes propres.

La radiologie apportera une contribution intéressante au diagnostic, en montrant la forme circulaire de la tumeur splénique et fréquemment la persistance de la partie non parasitée du tissu splénique appendue au kyste.

On devra toujours mettre en œuvre les méthodes biologiques de diagnostic, qui montreront la toxicité hydatique chez le porteur du kyste et rechercher l'éosinophilie sanguine.

LE TRAITEMENT nécessite l'intervention chirurgicale:

Dans les cas favorables (kyste pédiculisé) on pourra extirper la poche en respectant la rate.

Dans certains cas, la splénectomie s'imposera.

Dans les cas difficiles, avec adhérences, on se contentera de l'ouverture de la poche, de sa désinfection formolée, suivie de marsupialisation.

Vu le Doyen, *Vu, le Président,*

H. ROGER. GILBERT.

Vu et permis d'imprimer :

Le Recteur de l'Académie de Paris

LAPIE.

SAUMUR. — IMPRIMERIE M. CHEVALIER